



## DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

## ព័ត៌មានស្តីពីដំណើរ៖ Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY

VRC ASSIGNED

## APPLICATION DATE

ສະບັບເຕີມອາຊີ່ພາກຄວາມເຫຼືອເຕົາຮາ ຕະຫີ່ຜົດເນັດການຄວາມເຫຼືອເຕົາຮາ ທີ່ມີຂາຍເຮົາໃຈໜີ້ (Division of Vocational Rehabilitation, DVR)

## I. ព័ត៌មានផ្តាល់ខ្លួន

|  |  |                         |                           |                 |      |
|--|--|-------------------------|---------------------------|-----------------|------|
| 1. លេខសង្គមអង្គភាព (SSN)   | 2. នាមខ្លួន  | នាមកណ្តាលជាមក្សការការ   | នាមត្រកូលខេស់អ្នកដោកតាក្យ |                 |      |
| 3. ចំពោះគេហទៅ (អេឡិចត្រូនិក)   | 4. នាមត្រកូលខេស់   | 5. នាមខ្លួនពីមុន        |                           |                 |      |
| 6. ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី  | 7. ខែចូលការក្នុងពេលវេលា  | 8. ខោរធីដែលលោកអ្នករស់នៅ |                           |                 |      |
| 9. ភាសាយ៉ាងដើម (ប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ)  | ប្រើប្រាស់   | ផ្លូវ                   | លេខហ្មូប្រព័ន្ធ           |                 |      |
| 10. ភាសាយ៉ាងផ្លូវ (ប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះភាសាយ៉ាងទីផ្សារផ្លូវក្នុងបុរីគាន់លើ)  | ប្រើប្រាស់   | ផ្លូវ                   | លេខហ្មូប្រព័ន្ធ           |                 |      |
| 11. ភាសាយ៉ាងអ្នកចិត្ត  | 12. IP ទូរសព្ទនិងអេមី  |                         |                           |                 |      |
| 13. លេខទូរសព្ទ (ដោយឱ្យមានលេខកូលតិចចំនួន ៤) <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ TTY/TDD   | 14. លេខទូរសព្ទ (ដោយឱ្យមានលេខកូលតិចចំនួន ៤) <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ TTY/TDD |                         |                           |                 |      |
| 15. ស្ថាបនភាពភាពប័ណ្ណតាមទំនាក់ទំនង <input type="checkbox"/> មិនដែលបានបញ្ជាផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ប្រើបាន <input type="checkbox"/> បែកក្នុង <input type="checkbox"/> លែងលែក <input type="checkbox"/> មាននៅក្នុងត្រូវសារ <input type="checkbox"/> ម៉ោង/ពោះម៉ោយ  |  |                         |                           |                 |      |
| 16. តើលោកអ្នកជាសញ្ញាកិត្យមានឈើក្នុងបីនាមឈើក្នុងមិនបានលិខិតអនុញ្ញាតពួរធ្វើការ(ប្រកួត) ទេ? <input type="checkbox"/> បាន/បានៗ <input type="checkbox"/> ទេ<br><input type="checkbox"/> បាន/បានៗ <input type="checkbox"/> ទេ លិខិតអនុញ្ញាតលិខិតអនុញ្ញាតមួយធ្វើការ មានសុខលកភាពទេ? <input type="checkbox"/> បាន/បានៗ <input type="checkbox"/> ទេ; បើបាន/បានៗ, តើដូចតិចត្រូវបានដោះស្រាយ? |  |                         |                           |                 |      |
| 17. ចំណួនក្នុង/អ្នកសំន់នៅក្នុងបន្ទីកំណត់ ៖ _____ ចំណួនចិនស្សីត្រូវសារ ៖ _____  |  |                         |                           |                 |      |
| 18. ឈ្មោះសមាជិកត្រូវសារ  | ទីនោះកំទិន្នន័យ  | ភាយុ                    | ឈ្មោះសមាជិកត្រូវសារ       | ទីនោះកំទិន្នន័យ | ភាយុ |
|  |  |                         |                           |                 |      |
|  |  |                         |                           |                 |      |
|  |  |                         |                           |                 |      |
| 19. ប្រភេទលំនៅរាយការសំនៅ   |  |                         |                           |                 |      |
| <input type="checkbox"/> ផ្ទះឯកជន  | <input type="checkbox"/> មន្ទីរកំពង់ប្រឹតិតិដន   |                         |                           |                 |      |
| <input type="checkbox"/> ផ្ទះថែទាំនៃកនងក្នុងសហគមន៍ / ផ្ទះថែទាំនៃកជន  | <input type="checkbox"/> មណ្ឌលកំពង់ប្រឹតិវភាព (Halfway house)  |                         |                           |                 |      |
| <input type="checkbox"/> មន្ទីរភាពនិតិសញ្ញា  | <input type="checkbox"/> មណ្ឌលព្យាពាលសមចិត្តព្យីនគ្រឿងព្យីនព្យីន   |                         |                           |                 |      |
| <input type="checkbox"/> មន្ទីរបែទាំអ្នកជនិច្ចសំនក   | <input type="checkbox"/> គ្មានផ្ទះសំឡួង / ផ្ទះប្រក   |                         |                           |                 |      |
| <input type="checkbox"/> មន្ទីរបែទាំសុខភាពមនុស្សបាន  | <input type="checkbox"/> ផែងដោះ  |                         |                           |                 |      |

|  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
|--|---|--|---|---|--|--|---|--|---|---|---|-------------------------------------|--|---|--------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|
| <p>20. មិនអាចបញ្ជាប់មានប្រគល់ប្រព័ន្ធដែលក្រិដុណាមួយ ដែលធ្វើឡើលោកអ្នកពុំអាចប្រកបការដើរ ឬមិនចង់ទាញរាយមួយទេ? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>តើលោកអ្នកចូលការជាអ្នកទោសដំបីបានបើកប្រកាសគិតិថលដាតិត្រីសិទ្ធិ (DWI/DUI) ឬទេ? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>តើលោកអ្នកចូលការជាអ្នកទោសដំបីបានបើកប្រកាសគិតិថលដាតិត្រីសិទ្ធិ? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ      ឬពាង/ចាំ, សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម: _____</p> <p>ឈ្មោះ: _____ លេខទូរសព្ទ: _____<br/>     ត្រូវដោះស្រាយ: _____ ប្រភេទ/ឃុំឃុំការ: _____</p>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <b>II. អង្គភាព / ិនិយាណ</b>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>1. តើលោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពមួយទេ ដែលបង្ហាញប៉ះពាល់ដែលសម្រេចបានបានប្រកបការដើរទេ? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ</p>   |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>2. តើបញ្ហាសុខភាពនេះលោកអ្នកជាបញ្ហាសុខភាព: </p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ជុំការយោប់</td> <td><input type="checkbox"/> ឈ្មោះប្រាក់/ក្រុីដីឈ្មោះ</td> <td><input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ការងារ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ជុំសែនីសប្តាសារ</td> <td><input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ចក្ខុវិញ្ញាណ</td> <td><input type="checkbox"/> ពិការភាពនៃការងារសូវគ្គិត</td> </tr> </table>  |   | <input type="checkbox"/> ជុំការយោប់                  | <input type="checkbox"/> ឈ្មោះប្រាក់/ក្រុីដីឈ្មោះ | <input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ការងារ | <input type="checkbox"/> ជុំសែនីសប្តាសារ | <input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ចក្ខុវិញ្ញាណ      | <input type="checkbox"/> ពិការភាពនៃការងារសូវគ្គិត |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ជុំការយោប់  | <input type="checkbox"/> ឈ្មោះប្រាក់/ក្រុីដីឈ្មោះ | <input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ការងារ              |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ជុំសែនីសប្តាសារ   | <input type="checkbox"/> ជុំសែនី/ចក្ខុវិញ្ញាណ     | <input type="checkbox"/> ពិការភាពនៃការងារសូវគ្គិត    |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>3. ពណិជ្ជការដោយសង្គមបំពើបញ្ហាសុខភាព(នានា):<br/><br/><br/><br/></p>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>4. តើលោកអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ      ឬពាង/ចាំ, សូមចុះឈ្មោះមួយ: _____</p>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>5. តើបញ្ហាសុខភាពនេះលោកអ្នកបានរារាំងលោកអ្នកពីការរកការដើរធ្លើ, ការក្រោកការដើរ, ឬការប្រកបកិច្ចការសំខាន់ៗដោយរបៀបណា?</p>   |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>6. តើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬក្នុងលីពោះស្ថានភាពសុខភាពណាមួយខាងក្រោមនេះប៉ុ? </p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ក្នុក</td> <td><input type="checkbox"/> ត្រចេរក</td> <td><input type="checkbox"/> រាជា</td> <td><input type="checkbox"/> រាជពេទ្យ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ឯការងារកំណ្មោះ ឬអីដីក្នុក</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់សុំសាទ់/ដឹងបានរីក</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់សង្គមបានប្រើបាន</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់ខ្សោយប៉ះក្នុក</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> នាក់រំដឹង</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់ប្រកាម់/ក្រោតកំព្រឹង</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់ឈឺបាន</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់តែងចិនលក់</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> នាក់ហើក/ចំណេះដឹង</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុក</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់អាយុវិជ្ជិ/នាក់រោលសំណួរ</td> <td><input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុកចាប់បុរិយ៍</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> នាក់ប្រព័ន្ធដែលបានប្រើបាន</td> <td><input type="checkbox"/> ឬលតក្តុក</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   | <input type="checkbox"/> ក្នុក                       | <input type="checkbox"/> ត្រចេរក                  | <input type="checkbox"/> រាជា           | <input type="checkbox"/> រាជពេទ្យ        | <input type="checkbox"/> ឯការងារកំណ្មោះ ឬអីដីក្នុក | <input type="checkbox"/> នាក់សុំសាទ់/ដឹងបានរីក    | <input type="checkbox"/> នាក់សង្គមបានប្រើបាន | <input type="checkbox"/> នាក់ខ្សោយប៉ះក្នុក      | <input type="checkbox"/> នាក់រំដឹង                | <input type="checkbox"/> នាក់ប្រកាម់/ក្រោតកំព្រឹង | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺបាន  | <input type="checkbox"/> នាក់តែងចិនលក់ | <input type="checkbox"/> នាក់ហើក/ចំណេះដឹង | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុក | <input type="checkbox"/> នាក់អាយុវិជ្ជិ/នាក់រោលសំណួរ | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុកចាប់បុរិយ៍ | <input type="checkbox"/> នាក់ប្រព័ន្ធដែលបានប្រើបាន | <input type="checkbox"/> ឬលតក្តុក |  |  |
| <input type="checkbox"/> ក្នុក   | <input type="checkbox"/> ត្រចេរក                  | <input type="checkbox"/> រាជា                        | <input type="checkbox"/> រាជពេទ្យ                 |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ឯការងារកំណ្មោះ ឬអីដីក្នុក   | <input type="checkbox"/> នាក់សុំសាទ់/ដឹងបានរីក    | <input type="checkbox"/> នាក់សង្គមបានប្រើបាន         | <input type="checkbox"/> នាក់ខ្សោយប៉ះក្នុក        |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> នាក់រំដឹង   | <input type="checkbox"/> នាក់ប្រកាម់/ក្រោតកំព្រឹង | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺបាន                   | <input type="checkbox"/> នាក់តែងចិនលក់            |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> នាក់ហើក/ចំណេះដឹង  | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុក              | <input type="checkbox"/> នាក់អាយុវិជ្ជិ/នាក់រោលសំណួរ | <input type="checkbox"/> នាក់ឈឺក្នុកចាប់បុរិយ៍    |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> នាក់ប្រព័ន្ធដែលបានប្រើបាន   | <input type="checkbox"/> ឬលតក្តុក                 |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>7. តើលោកអ្នកចូលការជាស្ថាប់បានត្រូវតើបីទេ? <input type="checkbox"/> ពាង/ចាំ: <input type="checkbox"/> ទេ      ឬពាង/ចាំ, សូមពន្លាប់ដោយសង្គម: _____</p>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>8. ពណិជ្ជការបំពើបញ្ហាសុខភាពធ្វើដោយក្រោមការងារ: _____</p>  |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <p>9. តើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬក្នុងលីពោះស្ថានភាពសុខភាពណាមួយខាងក្រោមនេះប៉ុ? </p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> អនុភាព/ក្នុំដែ</td> <td><input type="checkbox"/> ត្រាក់ខិត្ត</td> <td><input type="checkbox"/> ចងចាំជុំវិជ្ជិ</td> <td><input type="checkbox"/> ឱ្យបានប្រើបាន</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> អនុភាពសេចក្តីណែនាំ</td> <td><input type="checkbox"/> នាន ឬសរស់</td> <td><input type="checkbox"/> តារីនិងការងារ</td> <td><input type="checkbox"/> ផ្តាក់ការយកចិត្តឯកដាក់</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> សេចក្តីបំផុសនៃទំនាក់ទំនង</td> <td><input type="checkbox"/> សម្រួលសម្រួល</td> <td><input type="checkbox"/> ធ្វើការយិត</td> <td><input type="checkbox"/> តណិតសាស្ត្រ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> មិនចូលរួមការ</td> <td><input type="checkbox"/> និយាយកើត</td> <td><input type="checkbox"/> សារប់សល់ ឬស្ថិតិស្ថាន</td> <td></td> </tr> </table>  |   | <input type="checkbox"/> អនុភាព/ក្នុំដែ              | <input type="checkbox"/> ត្រាក់ខិត្ត              | <input type="checkbox"/> ចងចាំជុំវិជ្ជិ | <input type="checkbox"/> ឱ្យបានប្រើបាន   | <input type="checkbox"/> អនុភាពសេចក្តីណែនាំ        | <input type="checkbox"/> នាន ឬសរស់                | <input type="checkbox"/> តារីនិងការងារ       | <input type="checkbox"/> ផ្តាក់ការយកចិត្តឯកដាក់ | <input type="checkbox"/> សេចក្តីបំផុសនៃទំនាក់ទំនង | <input type="checkbox"/> សម្រួលសម្រួល             | <input type="checkbox"/> ធ្វើការយិត | <input type="checkbox"/> តណិតសាស្ត្រ   | <input type="checkbox"/> មិនចូលរួមការ     | <input type="checkbox"/> និយាយកើត    | <input type="checkbox"/> សារប់សល់ ឬស្ថិតិស្ថាន       |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> អនុភាព/ក្នុំដែ  | <input type="checkbox"/> ត្រាក់ខិត្ត              | <input type="checkbox"/> ចងចាំជុំវិជ្ជិ              | <input type="checkbox"/> ឱ្យបានប្រើបាន            |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> អនុភាពសេចក្តីណែនាំ  | <input type="checkbox"/> នាន ឬសរស់                | <input type="checkbox"/> តារីនិងការងារ               | <input type="checkbox"/> ផ្តាក់ការយកចិត្តឯកដាក់   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> សេចក្តីបំផុសនៃទំនាក់ទំនង  | <input type="checkbox"/> សម្រួលសម្រួល             | <input type="checkbox"/> ធ្វើការយិត                  | <input type="checkbox"/> តណិតសាស្ត្រ              |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> មិនចូលរួមការ  | <input type="checkbox"/> និយាយកើត                 | <input type="checkbox"/> សារប់សល់ ឬស្ថិតិស្ថាន       |   |   |  |  |   |  |   |   |   |                                     |  |   |                                      |  |  |  |                                   |  |  |

|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------|-------------|-------------|---------------|---------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>10. តើលោកអ្នកធ្វានចុងទូលការព្យាពាលដម្ឋី៖</p> <p>a. ជូរភាពឃុំ ឬផ្លូវសត្វប្រឈម? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ ឬបាន/ម៉ាំ, សូមពន្លាប់៖</p> <p>b. ឡាយនគ្រឿងឡាយន ឬដី/បុឡាយនស្រាប្រឈម? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ ឬបាន/ម៉ាំ, សូមពន្លាប់៖</p>   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>11. សូមរាយឈ្មោះត្រួតពិនិត្យ ប្រអប់សាធារណៈ ដែលបានចូលរួមព្យាពាលដម្ឋី(នានា)របស់លោកអ្នក។</p> <table border="1"> <tr> <td>ថ្ងៃព្យាពាល</td> <td>ឈ្មោះ</td> <td colspan="3">អាណាព្យាបាល</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> </table>   |                            |                      |                                       |              | ថ្ងៃព្យាពាល | ឈ្មោះ       | អាណាព្យាបាល   |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| ថ្ងៃព្យាពាល   | ឈ្មោះ                      | អាណាព្យាបាល          |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>12. តើលោកអ្នកធ្វានចុងស្ថាក់ទៅព្យាពាលដម្ឋី(នានា)របស់លោកអ្នកខាងក្រោមនេះត្រូវបានពន្លាប្រឈម? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ</p> <table border="1"> <tr> <td>ថ្ងៃព្យាពាល</td> <td>មន្ត្រី</td> <td colspan="3">អាណាព្យាបាល</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="5">មួយរោគ</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="5">មួយរោគ</td> </tr> </table>  |                            |                      |                                       |              | ថ្ងៃព្យាពាល | មន្ត្រី     | អាណាព្យាបាល   |                                       |  |  |  |  |                            |                            | មួយរោគ               |                         |              |  |  |  |  |  |  |  | មួយរោគ |  |  |  |  |  |  |  |
| ថ្ងៃព្យាពាល   | មន្ត្រី                    | អាណាព្យាបាល          |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| មួយរោគ  |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| មួយរោគ  |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>III. ការអេប៊ា និងការសិក្សាអាយដើរការ</b></p> <p>1. តើអ្នកកំពុងសិក្សាឌីសាលាបញ្ជីមសិក្សាឌីកិច្ចកម្ម ឬក្នុងក្រុងវិធីអនុវត្តកាលណាមួយប្រចាំឆ្នាំ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ ឬបាន/ម៉ាំ, សូមដើរសំណើនៅទានាជានក្រោម៖<br/>តើអ្នកមានវិធីការដំណោះស្រាយ 504 (504 Accommodation Plan) ឬនេះ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ<br/>តើអ្នកកំពុងទូលាលសេវាក្រោមដែលការ IEP ឬ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ</p> <p>2. តើអ្នកបានបញ្ចប់មធ្យមសិក្សាឌីកិច្ចកម្ម (High School) ឬ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ តើអ្នកបានទទួលសញ្ញាប់ក្រុខឱ្យម៉ាំកិច្ចកម្ម ឬ GED ឬ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ</p> <table border="1"> <tr> <td>ឈ្មោះសាលា</td> <td>ឆ្នាំបញ្ចប់</td> <td>ក្រុង និងរដ្ឋ</td> <td>ឬទេ, តើអ្នកបានឱ្យរាយដល់ម៉ាំកិច្ចកម្ម?</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>3. តើលោកអ្នកបានបញ្ជីការសិក្សាទៅមហាវិទ្យាល័យប្រចាំឆ្នាំ? <input type="checkbox"/> បាន/ម៉ាំ <input type="checkbox"/> នេះ</p> <table border="1"> <tr> <td>មហាវិទ្យាល័យ/សាកលវិទ្យាល័យ</td> <td>ចំនួនឆ្នាំ<br/>ដែលបានសិក្សា</td> <td>ឆ្នាំបញ្ចប់ការសិក្សា</td> <td>អាជីវកម្ម(។)នៃការសិក្សា</td> <td>សញ្ញាប់ក្រុង</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |                            |                      |                                       |              | ឈ្មោះសាលា   | ឆ្នាំបញ្ចប់ | ក្រុង និងរដ្ឋ | ឬទេ, តើអ្នកបានឱ្យរាយដល់ម៉ាំកិច្ចកម្ម? |  |  |  |  | មហាវិទ្យាល័យ/សាកលវិទ្យាល័យ | ចំនួនឆ្នាំ<br>ដែលបានសិក្សា | ឆ្នាំបញ្ចប់ការសិក្សា | អាជីវកម្ម(។)នៃការសិក្សា | សញ្ញាប់ក្រុង |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| ឈ្មោះសាលា   | ឆ្នាំបញ្ចប់                | ក្រុង និងរដ្ឋ        | ឬទេ, តើអ្នកបានឱ្យរាយដល់ម៉ាំកិច្ចកម្ម? |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| មហាវិទ្យាល័យ/សាកលវិទ្យាល័យ  | ចំនួនឆ្នាំ<br>ដែលបានសិក្សា | ឆ្នាំបញ្ចប់ការសិក្សា | អាជីវកម្ម(។)នៃការសិក្សា               | សញ្ញាប់ក្រុង |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                            |                      |                                       |              |             |             |               |                                       |  |  |  |  |                            |                            |                      |                         |              |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |





**VI. សេចក្តីព្រករដៃអ្នកការងារប្បាសយោទាហ៍ទិន្នន័យដែលបានដំឡើង**

តើលោកអ្នកទិន្នន័យ, ភាព, និង/ប្រសរសរកាសាមួយប៉ាលាស់?

|  |                      |
|--|----------------------|
| តើលោកអ្នកមានយោនជីសញ្ញាប៉ាល់ដែលបានដំឡើងទេ? <input type="checkbox"/> ចាន/ចាន់: <input type="checkbox"/> ទេ | លេខភាគ្យាប័ណ្ណប៊ិកបរ |
|--|----------------------|

THIS BOX TO BE COMPLETED BY DVR STAFF (រៀងចារដៃអ្នកការងារប្បាសយោទាហ៍ទិន្នន័យ DVR)

**Communication ability:**

**Transportation use ability:**

**VII. ព្រាក់ខត្តូច និងការធានាភារប៉ះដែនរដ្ឋសាស្ត្រ**

1. បើស្ថាប៉ះទេនេះលោកអ្នកមិនធ្វើការឡេ, តើលោកអ្នកមិនមិនយោងមួយម៉ោច?

2. តើលោកអ្នកទទួលបានព្រាក់ខត្តូចណាមួយពីតួការជាអាជ្ញាធរបានព្រមទេ?

- ត្រារទេ
- ការធានាភារប៉ះដែនការការពិធីកសិកសុខសមិទ្ធិ (SSDI) \$ \_\_\_\_\_
- ព្រាក់ខត្តូចសមិទ្ធិសុខសមិទ្ធិបំពេញប៉ះទេ (SSI) សញ្ញាប៉ះដែនចាស់ជាតា, ពិភាក្សាបុគ្គលិក ឬពិភាក្សាបាន \$ \_\_\_\_\_
- ជួយបណ្តុះអាសន្នសញ្ញាប៉ះព្រសារក្រុងគំរូ (TANF) \$ \_\_\_\_\_
- ជួយទូទៅ (រដ្ឋបាលរដ្ឋបាលមួយដែលបានបង្កើតឡើង) \$ \_\_\_\_\_
- ជួយពិភាក្សាប៉ះសំណើនាទីរបស់ក្នុងរ \$ \_\_\_\_\_
- សមិទ្ធិសុខការងារ (ក្រុមជានាភារប៉ះដែនការពិធីកសិកសុខសមិទ្ធិ) \$ \_\_\_\_\_
- ព្រាក់ខត្តូចបណ្តុះអាសន្នសារណ៍:ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់ \$ \_\_\_\_\_

3. តើប្រាក់ខត្តូចដែលបានបង្កើតឡើងនេះដឹងទូលាបាលពិប្រភពទាំងអស់ និង/ប្រើប្រាស់ \$ \_\_\_\_\_

4. ទេនេះលោកអ្នកទិន្នន័យ, តើលោកអ្នកក្រុរក្រារក្របានប្រាក់ខត្តូចប៉ះទេនេះ ដឹងទូលាបាលពិប្រភពទាំងអស់ និង/ប្រើប្រាស់ប៉ះលោកអ្នក? \$ \_\_\_\_\_

5. តើលោកអ្នកមានការធានាភារប៉ះដែនរដ្ឋសាស្ត្រ?  ចាន/ចាន់:  ទេ

- មេខីខេដ  មេខីយារ
- ការធានាភារប៉ះដែនសារណ៍:ពិប្រភពដោទាហ៍ទិន្នន័យ (ក្រុមវារប៉ះដែនសំណើនាទីរបស់ក្នុងរ, ក្នុងពិភាក្សាភារប៉ះដែនសំណើនាទីរបស់ក្នុងរ, ឬសម្រាប់ក្នុងរ)
- ការធានាភារប៉ះដែនសំណើនាទីរបស់ក្នុងរ
- ការធានាភារប៉ះដែនសំណើនាទីរបស់ក្នុងរ
- មិនទាន់មានបញ្ជីការសញ្ញាប៉ះការធានាភារប៉ះដែន តាមរយៈពិយាយដែលបញ្ជីការសញ្ញាប៉ះការធានាភារប៉ះដែន។

### VIII. ការចូលរួមស្ថាបន្ទាត់:

1. តើលោកអ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ បុគ្គលិតណាមួយខាងក្រោមនេះទេ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> មិនបានអ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ បុគ្គលិតខ្លួនឯង ឬអ្នកការណាមួយដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះទេ។ | <input type="checkbox"/> អ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរដោយរួសតិ (សាធារណៈ បុគ្គលិត)     |
| <input type="checkbox"/> ការព្យាយាយបានអ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ ឬក្រុមហ៊ុនប្រព័ន្ធរបស់រួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ។      | <input type="checkbox"/> មណុលបណ្តុះបណ្តាលការងាររួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ (WorkSource)      |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសេវា VR របស់អាមេរិកដែលណាន   | <input type="checkbox"/> អាស្តារិយាល័យទៅនឹងសាធារណៈ                                   |
| <input type="checkbox"/> មណុលសម្រាប់អ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរដោយការងារ  | <input type="checkbox"/> អភិបាលកិច្ចសិទ្ធិសុខសង្គម (SSA)                             |
| <input type="checkbox"/> សេវាការពាណិជ្ជកម្ម  | <input type="checkbox"/> ក្រសួងកំពង់ប្រាក់/យុត្តិធម៌យុទ្ធផលរបស់រដ្ឋ                  |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការងារ (បុគ្គលិតកិច្ចសិទ្ធិសុខសង្គម)                                     | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសង្គមសុខការងាររបស់រដ្ឋ (សិទ្ធិសុខការងារ)         |
| <input type="checkbox"/> វិវាសានអប់រំ (បុគ្គលិតកិច្ចសិទ្ធិសុខសង្គម)  | <input type="checkbox"/> អភិបាលកិច្ចអគ្គិភ័យឱ្យដាក់                                  |
| <input type="checkbox"/> វិវាសានអប់រំ (ខេត្តសិក្សា/មជ្ឈមណ្ឌលក្រុមកិច្ចកម្ម)  | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសេវាការងារ (រដ្ឋបាលរដ្ឋ ប្រធានប្រឈមដ្ឋាន) (DSHS) |
| <input type="checkbox"/> នយោបាត  | <input type="checkbox"/> កញ្ចប់របស់រដ្ឋរាជក្រឹត (L&I)                                |
| <input type="checkbox"/> មណុលការងារ  | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរ VR របស់រដ្ឋដែរទៀត                               |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ដំឡើងសហកម្ម (ប្រាក់ដំឡើងសហកម្ម Pell Grants, ។ល.។)                                   | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសេវាការងាររបស់រដ្ឋទៀតទៀត                         |
| <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរអភិបាលកិច្ចបញ្ហា និងពិភាក្សា   | <input type="checkbox"/> សេវាការងារទៀតទៀត  |
| <input type="checkbox"/> អ្នកចុចូលសុខភាពរួមជាមួយ (សាធារណៈ បុគ្គលិត)  |  |

2. តើលោកអ្នកចុចូលលោកអ្នកកុំមាននៅណាមួយទេ? ឬនៅក្នុងកុំមានដើម្បី "បញ្ជីទូទៅ"។

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> វិវាសានអប់រំ (មជ្ឈមណ្ឌលក្រុមកិច្ចកម្ម)                 | <input type="checkbox"/> អង្គភាពរីអ្នកលើដីនីរួម                               |
| <input type="checkbox"/> វិវាសានអប់រំ (មហាវិរុះយ៉ា)                             | <input type="checkbox"/> ក្រសាន់/មិត្តភកិ                                     |
| <input type="checkbox"/> អ្នកចុចូលរួមជាមួយសុខភាពរួមជាមួយ                        | <input type="checkbox"/> អ្នកចុចូលរួមជាមួយរួមជាមួយបញ្ហា និងពិភាក្សា           |
| <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសេវាការងារ (រដ្ឋប្រធានប្រឈមដ្ឋាន) (DSHS)    | <input type="checkbox"/> អ្នកចុចូលរួមជាមួយសុខភាពរួមជាមួយ (សាធារណៈ បុគ្គលិត)   |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការងារ (បុគ្គលិតកិច្ចសិទ្ធិសុខសង្គម)  | <input type="checkbox"/> អាស្តារិយាល័យទៅនឹងសាធារណៈ                            |
| <input type="checkbox"/> អភិបាលកិច្ចសិទ្ធិសុខសង្គម                              | <input type="checkbox"/> ក្រសួងកំពង់ប្រាក់ (យុត្តិធម៌យុទ្ធផល)                 |
| <input type="checkbox"/> មណុលបណ្តុះបណ្តាលការងាររួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរ (WorkSource) | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសេវាការងាររបស់រដ្ឋ (សិទ្ធិសុខភាពរួមជាមួយ) |
| <input type="checkbox"/> ហកនទននឹង   | <input type="checkbox"/> អភិបាលកិច្ចអគ្គិភ័យឱ្យដាក់                           |
| <input type="checkbox"/> ប្រកពដែរទៀតទៀត   | <input type="checkbox"/> កញ្ចប់របស់រដ្ឋរាជក្រឹត (L&I)                         |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសេវា VR របស់អាមេរិកដែលណាន                      | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរសេវាការងាររបស់រដ្ឋទៀតទៀត                  |
| <input type="checkbox"/> មណុលសម្រាប់អ្នកចុចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ដែរដោយការងារ       | <input type="checkbox"/> ទីភ្នាក់ដែរ VR របស់រដ្ឋទៀតទៀត                        |
| <input type="checkbox"/> សេវាការពាណិជ្ជកម្ម                                     | <input type="checkbox"/> អង្គភាពរីអ្នកកុំមានដើម្បី                            |
| <input type="checkbox"/> នយោបាត   |   |

3. តើលោកអ្នកចុចូលចុចូលរួមជាមួយ DVR

ពីមុនទេ?  ថានៅ/ថានៅ, នៅពេលណា

ឬថានៅ/ថានៅ, នៅពេលណា

កន្លែងណា

ឬមុនបែកអ្នកចុចូលទៅការងារដូចត្រូវដើម្បី:

ឬមុនបែកអ្នកចុចូល (ប្រសិទ្ធភំខុសត្រា)

4. តើលោកអ្នកចុចូលចុចូលទៅការងារដូចត្រូវ?

5. តើលោកអ្នកចុចូលចុចូលទៅការងារដូចត្រូវ?

6. ផែលពួកម្នាក់នៃលោកអ្នកចិនធ្វើការទៅ, តើលោកអ្នកចិនធ្វើដឹង ដើម្បីរួចបីខ្លួនលោកអ្នកសម្រាប់ការជារ ឬរកការងារដូច?

7. តុក្ខវនេះ តើលោកអ្នកមានសម្រួលប៉ូការណាមួយឱ្យ ដែលលោកអ្នកចិនដឹងបុរីទេ?  ពាង/ចាំ:  ខេ

8. តើគោលដៅស្ថិស្សរកិត្តាជីវិះនៃភ្នាយរបស់លោកអ្នកមានអ្នខ្លះ?